



Semiologia Exame Respiratório

Semiologia (Centro Universitário UniFTC)



Scan to open on Studocu

RESPIRATÓRIO

Avaliação dos pulmões e do tórax;

Inspeção, palpação, percussão e ausculta;

O paciente de estar:

- No exame do tórax anterior: em decúbito dorsal ou sentado;
- No exame do tórax posterior: Sentado com os braços cruzados na frente.
- Se não for possível coloca-lo em uma dessas posições, virar o paciente para um lado e depois para o outro.

▼ INSPEÇÃO

Dividida em inspeção estática e inspeção dinâmica;

▼ Inspeção estática

Formato do tórax

- Normal: No adulto, mais largo do que profundo.
- Plano ou chato: Parede anteroposterior sem a concavidade normal.
- Tonel ou barril: Aumento do diâmetro anteroposterior com horizontalização dos arcos costais. (Pacientes com DPOC, lactentes e idosos normais).
- Escavado, em funil ou pectus excavatum: Anormalidade congênita, Depressão na porção inferior do esterno.
- Cariniforme, tórax de pombo ou pectus carinatum: Pode ser anormalidade congênita ou adquirida. Esterno proeminente e costelas horizontalizadas.
- Cifótico: Com hipercifose.
- Escoliótico: Com escoliose.
- Cifoescoliotico: Com hipercifose e escoliose.

Assimetrias

Deformidades

Lesões e cicatrizes

Disposição da traqueia

Extremidades

- Presença de cianose: Avaliar pele, unhas, lábios e mucosas (cianose ou palidez - hipoxia);
- Hipocratismo digital (baqueteamento): Perda do ângulo entre as unhas e as falanges distais. É característico de doenças como neoplasias torácicas e DPOC. O teste da janela de Schamroth consiste em encostar as unhas e analisar o espaço entre elas. Se este não existir, pode indicar alguma doença pulmonar.

Posição do paciente

- Utilização da ancoragem: o paciente se apoia para facilitar a respiração (DPOC).
- Ortopneico: Dificuldade de respirar deitado, usando algo para elevação como muitos travesseiros.

▼ Inspeção dinâmica

Frequência respiratória (adulto)

- Eupneico: 10/12 a 20 ipm;
- Bradipneico: menos de 10 ipm;
- Taquipneico: mais que 20 ipm.

Tipo respiratório

- Torácico ou costal: inspiração caracterizada por uma subida acentuada do peito e a ação de inalação é realizada predominantemente pelos músculos intercostais, em vez de pelo

diafragma. Os ciclos respiratórios são curtos e rápidos e a quantidade de ar inalada é muito limitada. Este padrão pode ser um sinal de hiperventilação, sendo que quem apresenta este padrão respiratório raramente tem consciência dele e usa-o durante todo o dia. Estão associados a este padrão: Estados de stress e ansiedade; Aumento da tensão muscular, principalmente na região do pescoço; Asma e ataques de pânico.

- Abdominal ou diafragmático: Expansão do abdómen na inspiração e recuperação na expiração. Os ciclos respiratórios são lentos e mais profundos; O principal responsável é o diafragma; Há uma promoção da diminuição do ritmo cardíaco; Está associado a estados de relaxamento, melhoria da postura corporal; Ajuda a aliviar estados de stress, ansiedade e cansaço; Permite um aumento da capacidade pulmonar.
- Misto

Ritmo respiratório

- Normal: Tempo de inspiração e expiração bem parecidos;
- Suspiroso: Movimentos respiratórios normais, interrompidos por suspiros isolados;
- Bradipneia: Aumento do intervalo entre inspiração e expiração;
- Taquipneia: Diminuição do intervalo entre inspiração e expiração;
- Cheyne-Stokes: Fase de apneia, seguido de incursões respiratórias em nível crescente, chega num pico, depois decresce e chega na apneia de novo (TCE, AVC, HIC, IC congênita, pode ser normal durante o sono);
- Biot: Irregularidade imprevisível de profundidade e frequência. As causas incluem meningite, depressão respiratória e lesão cerebral;
- Kussmaul (hiperventilação ou hiperpneia): É profunda, mas a frequência respiratória pode ser rápida, lenta ou normal. Exercícios físicos, ansiedade, acidose metabólica, lesão do tronco encefálico.

Uso da musculatura acessória

- Músculos intercostais (tiragem intercostal);
- ECOM e Trapézio (retração supraclavicular);
- Essas são perceptíveis da asma grave, DPOC, obstrução da VAS.

Retrações anormais

- Respiração em gangorra ou serrote (paradoxal): Sinal de Hoover (assincronia entre a respiração abdominal e torácica), pode ocorrer no tórax instável (fratura em dois ou mais pontos em arcos costais adjacentes);
- Comprometimento ou retardo unilateral no movimento respiratório: Doença do pulmão ou da pleura subjacente, paralisia do nervo frênico.

▼ PALPAÇÃO

Regiões de hipersensibilidade

Costelas fraturadas.

Anormalidades observadas

Massas, trajetos fistulosos.

Expansão torácica

- Avaliar a simetria e amplitude;
- No tórax posterior: ápice, médio e base pulmonar;
- No tórax anterior: ápice e base pulmonar;
- Comprometimento de ambos os lados: DPOC;

Frêmito toracovocal (FTV)

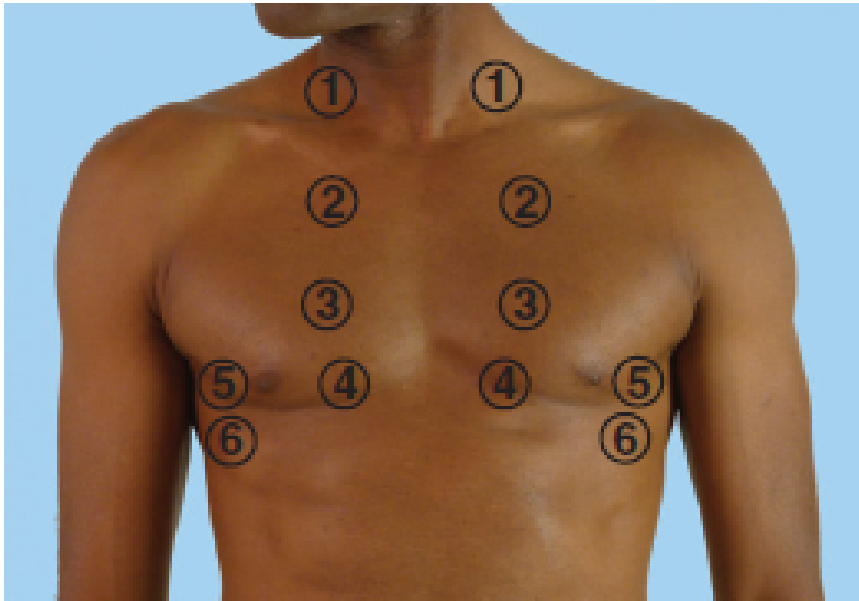
Pedir para o paciente falar "trinta e três" e "aaaaa";

Com a face palmar dos 2, 3 e 4 quirodáctilos, sentir a vibração sonora, buscando regiões de menor ou maior vibração;

Utilizar sempre a mesma mão para os dois lados;

Diminuição: parede torácica espessa; obstrução brônquica; DPOC ou derrame pleural, fibrose, ar (pneumotórax) ou um tumor infiltrante.

Aumento: pneumonia unilateral que aumenta transmissão pelo tecido consolidado.





▼ PERCUSSÃO

Comparação de regiões homólogas

Percutir o tórax, comparando um lado com o outro em cada nível, usando o “padrão escalonado” lado a lado.

Notas de percussão

- Som claro pulmonar ou atimpânico: Normal; Som intenso, Tom baixo e duração longa;
- Som maciço: Pneumonia lobar ou derrame pleural (substituição de ar por líquido); Intensidade média, tom médio para alto e duração curta para média;
- Som timpânico: Enfisema, pneumotórax, DPOC (mais ar do que o normal); Som mais intenso, tom mais baixo e duração mais longa.

▼ AUSCULTA

Sons normais na ausculta pulmonar

A redução dos sons normais significam diminuição da passagem de ar

- Traqueal: Som da passagem do ar através da glote; a inspiração possui tonalidade de sopro e a expiração é mais forte e prolongada; há um intervalo entre a inspiração e a expiração; é audível na região da traqueia. tempo insp= tempo exp com pausa no meio, muito intensa.
- Brônquica: Som intenso com tonalidade alta parecendo o ar passando por tubulações, tempo exp maior que tempo insp, audível na região do manúbrio.
- Broncovesicular: A intensidade é média, tempo insp = tempo exp, é audível no 1º e 2º espaço intercostal anteriormente e entre as escápulas posteriormente.
- Murmúrio vesicular: Audível na maioria dos campos pulmonares e produzido quando o ar passa pelas bifurcações das vias respiratórias, é mais grave e suave, tempo e intensidade da insp é maior que da exp.

Sons anormais na ausculta pulmonar

São ruídos adventícios:

▼ Descontínuos

- Estertores finos ou crepitantes: som de tonalidade aguda que acontece no fim da inspiração, possuindo duração curta e sem modificação com a tosse. Parece com o som do atrito de fios de cabelo. **IC congestiva e doenças intersticiais.**
- Estertores grossos ou bolhosos: som de tonalidade grave que acontece no início da inspiração e durante toda expiração, sofre alteração com a tosse. **Bronquite crônica e bronquiectasias.**

▼ Contínuos

- Roncos: som grave que aparece com o estreitamento dos brônquios por espasmo ou edema. Surge tanto na inspiração quanto na expiração, sendo mais comum na última. **Presença de muco e caracterizado como mutável.**

- Sibilos: Som agudo que aparece tanto na inspiração quanto na expiração, causado por estreitamento das vias aéreas. **Asma ou bronquite.**
- Estridor: Causado pela semiobstrução da traqueia ou laringe.
- Atrito pleural: Ruído anormal causado por dificuldade de deslizamemnto entre as pleuras. **Pleurite.**